

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

1025^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RAMBAUD, Marc, Julien, Henri,

7 EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 3 Novembre 1934, à Paris (16^e)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE
DU PERSONNEL HOSPITALIER**

Président : Mr. E. BERNARD, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren,
PARIS VI^e

1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RAMBAUD, Marc, Julien, Henri,

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 3 Novembre 1934, à Paris (16^e)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DU PERSONNEL HOSPITALIER

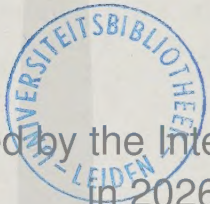
Président : Mr. E. BERNARD, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren,

PARIS VI^e

1964



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.),
 CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.),
 FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de),
 GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL
 (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
 VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
 TANGON (L.), VERNE (J.).

DOYEN :..... Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR :..... Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR :..... Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale.....	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)

MM.

Chimie pathologique.....	SCHAPIRA (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	JOANNON (P.)
Histologie.....	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale.....	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique.....	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale.....	LAROCHE (Cl.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	DEPARIS (M.)
Pharmacologie.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie.....	BARGETON (D.)
- - - - -	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.....	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique.....	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée.....	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique.....	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.)
Biologie médicale.....	(POLONOVSKI (J.)
Pharmacologie.....	BOURLIERE (F.)
Physiologie.....	LEVY (Mlle J.)
- - - - -	DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	(KELLERSHOHN (L.)
- - - - -	(GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale.....	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

mm.

	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Broussais	LENEGRE (J.)
	(Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climato-		
logie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)	
Clinique médicale infantile de pédi-		
atrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique médicale propédeutique		
(Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré		
et des maladies de la nutrition		
(Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
Cliniques (Baudelocque	LACOMME (M.)	
obstétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R.)	
Clinique obstétricale et gynécologique		
(Port-Royal)	VARANGOT (J.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)	
- - - (Cochin)	OFFRET (G.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique		
(Lariboisière)	AUBRY (M.)	
Clinique de pédiatrie et de puéri-		
culture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...	
Clinique de pneumo-phtisiologie		
(Laënnec)	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-psychiatrie		
infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique de rhumatologie médicale		
et sociale (Cochin)	COSTE (F.)	
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale		
(Vaugirard)	ROUX (M.)	
Clinique thérapeutique médicale		
(Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)	
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)	

MM.

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.....	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale.....	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales.....	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopéd.....	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker).....	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

MM.

Hydrologie et climatologie.....	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(LAMBLING (A.)
	(LHERMITTE (F.)
Médecine.....	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie.....	KREIS (B.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C.)
	(COUINAUD (C.)
Anatomie.....	(GILLOT (C.)
	(HUREAU (J.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	(Pr. s. ch.
	(ABELANET (R.)
	(CHOMETTE (G.)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch.), Pr.s.ch.
	(NEZELOFF (Ch.)
	(ORCEL (L.)
	(PAILLAS (J.)

MM.

	(N. du BOUCHET (Mme)
Anesthésiologie	(KERN (E.)
	(VOUREH (G.)
	(BARBIER (P.), Pr.s.ch.
	(CHRISTOL (D.)
Bactériologie	(DAGUET (G.)
	(LE MINOR (L.)
	(TOURNIER (P.)
	(BAULIEU (Et.), M.conf.
	(BOURILLON (R.)
	(CARTIER (P.), Pr.s.ch.
	(CORNILLOT (P.)
Biochimie médicale	(DREYFUS (J.-Cl.)
	(GONNARD (P.)
	(JEROME (H.)
	(KRUH (J.)
	(LEGRAND (J.-Cl.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
	(BENHAMOU (J.-P.)
Biologie médicale	(BOIVIN (P.)
	(HARTMANN (L.)
	(Pr.s.ch.
	(BOIRON (M.)
Carcinologie	(DENOIX (P.)
	(MATHE (G.)
	(SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
	(CIVATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	(DUPERRAT (B.)
	(HEWITT (J.)
	(TOURAINE (R.)
	(HEITZ (F.),
Electro-Radiologie	(M. Conf.
	(LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)
	(DAUSSET (J.)
	(DUHAMEL (G.)

mm.

	(COUJARD (R.),Pr.s.ch.
	(DA LAGE
Histologie.....	(MAROIS (M.)
	(RACADOT (J.)
	(SCHRAMM (B.)
Hydrologie	(BESANÇON (F.)
	(CORNET (A.)
	(BLANCHER (G.)
Hygiène.....	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(ROUSSEL (A.)
	(SAPIN-JALLOUSTRE (H.)
	(DUPONT (V.)
Maladies infectieuses.....	(LISSAC (J.)
	(RAPIN (M.)
	(ANTOINE (B.)
Maladies métaboliques.....	(CROSNIER (J.)
	(RICHT (G.)
	(SEBAOUN (J.)
	(BOURGUIGNON (A.)
Médecine légale	(FOURNIER (E.)
	(GUENIOT (M.)
	(HADENGUE (A.)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
Neuro -chirurgie	PERTUISET (B.)
	(CAMBIER (J.)
	(CATHALA (H.)
	(ESCOUROLLE (R.)
Neuro-Psychiatrie.....	(GAUTIER (J.-Cl.)
	(LAPRESLE (J.)
	(LEREBoullet (J.)
	(PICHOT (P.)
	(TARDIEU (G.)
	(GRANJON (A.)
	(HERVET (E.)
	(LE LORIER (G.)
	(LEVY (J.)
Obstétrique.....	(LEWIN (D.)
	(MUSSET (R.)
	(ROBEY (M.)
	(SENEZE (J.)
	(SUREAU (C.)
	(TCHOBROUTSKY (Mme C.)
	(THOYER-ROZAT (J.)

mm.

	(AUVERT (Mme B.)
	(BREGEAT (P.)
Ophthalmologie.....	(DUBOIS (A.)
	(FONTAINE (Mme M.)
	(SARAUX (H.)
	(DUPARC (J.)
	(MAURER (P.)
Orthopédie.....	(MEARY (R.)
	(POSTEL (M.)
	(RAMADIER (J.)
	(DEBAIN (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	(PIALOUX (P.)
	(SERGENT (H.)
	(GOLVAN (Y.)
Parasitologie.....	(HO THI SANG (Mlle)
	(LAPIERRE (J.)
	(BARCAT (J.)
	(BINET (J.-P.)
	(BLONDEAU (Ph.)
	(CERBONNET (G.)
	(CHATELIN (C.-L.)
	(DAUTRY (P.)
	(DEMIRLEAU
	(DUBOST (Cl.)
	(FAUREL (J.)
	(FLABEAU (F.)
Pathologie chirurgicale.....	(GALEY (J.-J.)
	(GARBAY (M.)
	(GARNIER (H.)
	(GAUDART d'ALLAINES
	((Cl. de)
	(GERMAIN (A.)
	(LATASTE (J.)
	(LOYGUE (J.)
	(MAILLARD (J.-N.)
	(MERCADIER (M.)
	(NATALI (J.)
	(PELLERIN (D.)
	(PERROTIN (J.)
	(PREMONT (M.)
	(ROBERT (H.)
	(THOMERET (G.)
	(VAYSSE (J.)

mm.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	(BERTHAUX (P.)
	(COTTENOT (Fr.)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.), Pr.s.ch.
	(MAURICE (J.)
	(MIKOL (Cl.)
	(PAUPE (J.-R.)
	(ACAR (J.)
	(AUQUIER (L.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BEAUMONT (J.-L.)
	(BERNIER (J.-J.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CANIVET (J.)
	(CARLOTTI (J.)
	(CATINAT (J.)
	(CHRETIEN (J.)
	(CLOAREC (M.)
Pathologie médicale	(COBLENTZ (B.)
	(CONTAMIN (F.)
	(COURY (C.)
	(DEBRAY (J.)
	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	(GRIVAUX (M.)
	(HAZARD (J.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAGRUE (G.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NENNA (A.)
	(NICK (J.)
	(POULET (J.)

MM.

Pathologie médicale	(ROYER (P.) (TCHERDAKOFF (Ph.) (THIBAUT (Ph.) (TOURNEUR (R.) (VILLIAUMEY (J.) (WOLFROMM (R.) (ALAGILLE (D.) (ALISON (J.) (CANLORBE (P.) (GORIN (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.)
Pédiatrie-Puériculture.....	(LESTRADET (H.) (MALLET (R.) (MANDE (R.) (MINKOWSKY (A.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (REY (J.) (RIBIERRE (M.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.) (BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Pharmacologie	(BARRES (G.) (DURAND (J.) (GIRARD (Fr.), M. Conf.
Physiologie	(HUGELIN (A.) (LAURENT (D.) (SCHERRER (J.), Pr.s.ch. (VASSEUR (B.) (CHANTEUR (J.) (COURSAGET (J.) (GREMY (F.), M. Conf.
Physique médicale	(MILHAUD (G.) (PAGES (J.-Cl.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.-C.), Pr.s.ch. (TUBIANA (M.), M. Conf. (DECROIX (G.) (ISRAEL (L.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.) (SORS (Ch.)
Pneumo-phtisiologie.....	

mm.

Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (DUBOST (J.)
Radiologie médicale	(LEFEBVRE (J.) (MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.) (CAUHEPE (J.) (CERNEA (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.), M.C. Agr. (CREPY (Cl.) (FLEURY (R.) (GRELLET (M.) (CHASSAGNE (P.) (FOUET (P.)
Thérapeutique	(LABET (R.) (MARCHE (J.) (AUVERT (J.)
Urologie	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
 . CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 à titre permanent.

mm.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.) (RAMBERT (P.)
Clinique médicale	(THIEFFRY (S.) (GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.) (MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs..... Mlles DUMAITRE (P.),
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires..... Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Mlle LAURENT (H.)
Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Professeur de la Clinique de la Tuberculose
de l'Hôpital Laënnec

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
le très grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE

Monsieur le Docteur BENOIST

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Expert près des Tribunaux

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous a conseillé tout au long de sa rédaction.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MES PARENTS

Qui savent mieux que personne
ce que représente ce modeste
travail.

C'est à eux qu'il est dédié.

A MA FEMME

A qui j'offre cette vie
médicale, avec toute ma
tendresse.

A MA FILLE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

Avec toute mon affection.

A LA MÉMOIRE

de Monsieur le Docteur et de Madame de SAMONDÈS

A LA MÉMOIRE

de Monsieur le Professeur LANTUEJOL

A Monsieur le Docteur LAURENT

Qui n'est pas étranger à
notre vocation médicale.

Qu'il trouve ici le gage de
notre très respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur André POLLES

Qui fut notre premier maître.

Sans lui, ce travail n'aurait
jamais vu le jour.

Qu'il trouve ici le gage de
notre respectueuse reconnais-
sance.

A T O U S M E S A M I S

de la Faculté

et d'ailleurs

Avec toute mon amitié.

CÔNTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

DU PERSONNEL HOSPITALIER

INTRODUCTION

DELIMITATION DU SUJET

Ce travail, inspiré par notre Maître, le Docteur BENOIST, a pour but d'étudier certains aspects de la tuberculose du personnel hospitalier.

De nombreux travaux sont consacrés à ce sujet ; nous n'avons pas l'intention de reprendre l'ensemble de ces oeuvres.

Nous tenterons de mettre en lumière quelques points particuliers et essentiellement le devenir des agents hospitaliers, leur réemploi.

Ce travail nous a paru devoir être divisé en deux grandes parties.

- D'une part, nos observations personnelles que nous avons recueillies à l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche, ainsi qu'au Sanatorium de Bligny. Nous nous servirons aussi d'une statistique recueillie à la Caisse centrale de Sécurité Sociale comme point de comparaison.

- D'autre part, nous ferons appel à la vaste statistique de l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris.

Nous avons voulu comparer les différents résultats obtenus et montrer en quoi la morbidité tuberculeuse ne varie pas du milieu hospitalier aux autres

branches d'activité humaine.

A partir de ces données, nous avons essayé d'envisager le devenir des agents réemployés, les conditions de leur réemploi, les limites de celui-ci, et, si l'on peut dire, le pronostic lointain de leur lésion cicatricielle sous l'épreuve du travail en milieu hospitalier.

Nous envisagerons par la suite la prévention de la tuberculose, la réglementation du B.C.G. et l'application de ces règlements.

Nous entendrons par personnel hospitalier toutes les classes d'employés d'une administration hospitalière, à l'exclusion du personnel médical proprement dit. La tuberculose des médecins, internes, externes et stagiaires des hôpitaux a donné lieu à de nombreux travaux dont une bibliographie aussi complète que possible sera exposée à la fin de ce travail.

Nous inclurons donc dans cette définition les infirmiers et infirmières, aides-soignants, garçons de salle, employés des services généraux et ouvriers, de même que les jardiniers.

Le plan de notre travail sera le suivant :

- Présentation des observations de l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche ;
- Présentation des observations du Sanatorium de Bligny ;
- Présentation des statistiques de l'Assistance Publique à Paris ;
- Présentation des statistiques de la Sécurité Sociale ;
- Comparaison de ces résultats ;

- Le devenir des agents tuberculeux ;
 - La prévention de la tuberculose en milieu hospitalier, le B.C.G., sa réglementation et son application ;
 - Conclusion ;
 - Bibliographie.
-



OBSERVATIONS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE MAISON BLANCHE

Les observations que nous avons recueillies à l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche, grâce à l'obligeance du Docteur LANOOTE, se comptent au nombre de vingt-et-une.

Elles concernent toutes les catégories d'agents entrant dans la définition que nous nous sommes donnée.

Le personnel de Maison Blanche soigne des malades mentaux du sexe féminin. Ceci explique que la majeure partie des agents soit représentée par des femmes.

L'hôpital comporte un pavillon sanatorial, que dirige le Docteur LANOOTE, qui comporte soixante-douze lits. Dans ce pavillon, sont groupées toutes les femmes atteintes d'affection mentale et frappées de tuberculose. Le recrutement de toutes ces formes de tuberculose se fait pour tout le département de la Seine. Entre autres, à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Anne et à celui de Ville-Evrard.

L'hôpital psychiatrique de Maison Blanche comporte 3.500 lits.

Les gens qui sont amenés à être admis subissent tous un contrôle radiologique de dépistage, à l'entrée. Puis, ils sont suivis annuellement, et aussitôt isolés lorsqu'une image pulmonaire se révèle.

Ce point explique que les infirmières, à l'exception de celles qui travaillent au pavillon sanatorial et qui sont au nombre de vingt, ne soient pas en contact avec des malades contagieuses.

Le personnel du pavillon sanatorial se répartit ainsi en trois équipes de :

- 9 agents le matin,
- 7 l'après-midi,
- 4 de veille.

Nous avons commencé notre étude en consultant le registre du service de pneumo-phthisiologie de l'hôpital.

Nous y avons cherché tous les sujets, appartenant au personnel, pour lesquels la mention d'une lésion tuberculeuse, parenchymateuse ou pleurale était faite. De même, nous avons cherché ceux qui présentaient une autre localisation de la maladie.

Nous avons ainsi dénombré des malades dont les lésions étaient récentes, mais aussi des sujets chez qui la tuberculose n'était plus, depuis longtemps et de façon définitive, qu'une lésion cicatricielle.

Ces sujets-là, nous les retrouvons d'année en année avec leur séquelle.

Nous ne les avons inclus dans ce travail que pour mentionner qu'ils n'ont jamais rechuté.

Nous pensons ainsi établir une statistique aussi rigoureuse que possible et non entachée au départ d'erreur par omission.

L'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche comporte :

1.079 agents du personnel,

dont : : 897 femmes travaillant en salles,
 20 femmes au pavillon sanatorial,

44 femmes aux services généraux,

et : 114 infirmiers et ouvriers,
34 hommes aux services généraux.

Ce qui donne une population de :

931 femmes
et 148 hommes.

Nous avons dit avoir recueilli 21 cas, ce qui fait une moyenne de :

0,39 % de malades par tuberculose dans le personnel, dont 19 femmes
et 2 hommes.

Pour chaque observation que nous présenterons, nous essaierons de suivre le plan suivant :

- Nom et âge ;
- Date d'entrée en service ;
- Etat des contrôles pulmonaires antérieurs ;
- Etat des réactions tuberculiniques ;
- Mention du B.C.G. ou de son absence ;
- Premières manifestations de la maladie tuberculeuse ;
- Forme anatomique des lésions ;
- Traitement, que nous détaillerons, chaque fois que les éléments de celui-ci nous seront connus ;
- Evolution sous traitement ;
- Facteurs ayant accompagné le début ;
- Enfin état actuel ;
- Rechutes, le cas échéant.

OBSERVATION N° 1

Madame JA..., née le 27 Octobre 1931.

Infirmière depuis Octobre 1954.

Découverte, en Octobre 1961, au contrôle annuel systématique, d'un infiltrat apical droit, sans signes généraux, sans aucun antécédent.

Cuti-réaction non faite jusqu'à ce jour.

Le B.C.G. n'a pas été fait.

Cette malade, qui présente une petite débilité mentale, n'a été soignée que pendant un an, de Janvier 1961 à Janvier 1962, par l'association :

- Streptomycine :

- . un gramme par jour pendant trois mois,
- . un gramme tous les 2 jours, trois mois,
- . puis, un gramme deux fois la semaine,
- . enfin, un gramme par semaine.

- Rimifon :

- . quatre comprimés à 150 milligrammes pendant un an,
- . puis trois jusqu'à la fin 1963.

La lésion apicale a régressé sous traitement de façon minime et semble, en fait, stable.

Représente-t-elle une lésion antérieure passée inaperçue ?

A l'heure actuelle, images stabilisées.

OBSERVATION N° 2

Madame TI..., née le 19 Avril 1923.

Infirmière à Maison Blanche depuis 1948.

Avait une cuti-réaction négative jusqu'en 1949.

Image thoracique normale jusqu'en 1949.

N'a jamais reçu le B.C.G.

En Avril 1950, débute une grande fatigue, qui va s'intensifiant et qui pousse Madame TI.. à demander un contrôle radiologique en Août 1950.

Ce contrôle montre un infiltrat sous-axillaire gauche, à 7 centimètres du plan postérieur.

Le traitement institué, avec un arrêt de travail de deux mois et demi, sans antibiotiques, laisse cette malade, à sa reprise de travail le 15 Novembre 1950, avec une vitesse de sédimentation toujours accélérée et elle-même partiellement reposée.

La bacilloscopie, à cette époque, était négative.

En Septembre 1959, après des vacances passées au bord de la mer, se manifeste une poussée évolutive nodulaire, au voisinage de l'infiltrat ancien, qui était lui-même rétracté sous forme d'une petite diffusion locale.

Sous traitement, régression des éléments nodulaires et retour à l'état initial, c'est-à-dire à un petit noyau dense axillaire.

L'arrêt de travail a duré d'Octobre 1959 à Février 1961.

Elle a été traitée par Streptomycine et Mycobactil.

Actuellement, lésion stable, état général satisfaisant.

OBSERVATION N° 3

Madame PI..., née le 26 Décembre 1929.

Madame PI..., d'origine méditerranéenne, a toujours pratiqué une large exposition au soleil, particulièrement en 1953.

Au retour des vacances, en Septembre, la radio de contrôle montre un petit infiltrat du sommet gauche.

Madame PI... s'est soignée pendant six mois, dont trois en sanatorium, par la triple association: I.N.H., P.A.S., Streptomycine.

La guérison semblait assurée.

Elle présentait, à cette époque, une grossesse débutante qui a été menée à terme de façon satisfaisante.

Elle n'a jamais eu de bacilloscopie positive.

En Mai 1957, après une deuxième grossesse menée à terme, Madame PI... perd son mari d'une leucémie aiguë ; obligée de subvenir aux charges de son foyer, elle entre à Maison Blanche en qualité d'aide-soignante en 1958.

Après une période de fatigue intense, et à la suite de son remariage en 1961, elle fait une rechute, constatée au dépistage systématique annuel. Il s'agissait d'une carence du Fowler gauche.

Elle a été traitée pendant treize mois, avec une grande constance, par :

180 perfusions de P.A.S.,
240 grammes de D.H.S.,
226 grammes d'I.N.H.,
98 grammes de Trécator.

Les lésions sont maintenant stables et cicatricielles, avec fermeture de la caverne, séquelle cicatricielle fibreuse.

Elle a repris son travail le 4 Mai 1964.

OBSERVATION N° 4

Madame CO..., née le 20 Mai 1909,

A présenté, à l'âge de 20 ans, une pleurésie séro-fibrineuse gauche qui aurait duré trois mois.

Elle a été traitée par ponctions, calcithérapie intra-veineuse.

Elle a fait une cure de repos à la campagne.

En 1952, à la première radio de contrôle qu'elle passe, découverte d'un petit nodule fibreux, immuable depuis sur chaque cliché annuel.

Pas de passé pathologique notable.

o o

OBSERVATION N° 5

Madame MU..., née le 8 Juillet 1913.

Cette femme présente actuellement trente ans de service.

Elle n'a jamais eu de cuti-réaction.

Au dépistage systématique d'Octobre 1963, découverte de deux petits infiltrats superposés du sommet droit.

Cette infirmière faisait, jusqu'en Mai 1963, du travail de bureau. A cette époque, passant au grade de surveillante, elle reprend du service en salle et pendant la garde.

Traitée à partir du début de l'année 1964, elle n'a pas supporté la Streptomycine, présentant des troubles précoces de la VIII^{ème} paire.

Traitée donc par le seul P.A.S. et l'I.N.H. ;
ses lésions régressent et se stabilisent.

Elle a repris son service le 17 Avril 1964.

Son traitement est prévu jusqu'à la fin de l'année en cours.

Elle n'a jamais eu de bacilloscopie positive.

o o

OBSERVATION N° 6

Madame MI..., née en 1905.

Entrée aux hôpitaux comme infirmière en 1935.

Découverte, à l'examen systématique, d'un petit
nodule calcifié du sommet droit.

Depuis cette date, aucune modification de l'image.

Elle n'a pas arrêté son travail, n'a pas eu de
traitement spécial.

Il s'agit d'une lésion ancienne que l'on suit
d'année en année.

Pas de passé pathologique notable.

o o

OBSERVATION N° 7

Mademoiselle GR..., née le 21 Décembre 1929.

Infirmière à Maison Blanche depuis le 18 Février
1958.

N'a jamais eu de cuti-réaction. .

Découverte, à l'examen systématique de dépistage, en 1958, d'une lésion : infiltrat des deux sommets, particulièrement dense à droite.

Elle n'a jamais eu d'arrêt de travail et a été soignée par la triple association : Streptomycine - P.A.S. - I.N.H.

Cette malade, de crainte de ne pas être suffisamment soignée par les médecins, a voulu parfaire leur traitement en continuant à prendre de l'I.N.H. à des doses fantaisistes, mais élevées.

Elle se plaint de troubles de la marche et d'insomnies.

Nous lui avons conseillé d'arrêter enfin le traitement qui, officiellement, a pris fin en Décembre 1961, ainsi que de voir son médecin traitant.

La radiographie actuelle ne montre que des images cicatricielles stables.

OBSERVATION N° 8

Madame SO..., née le 27 Janvier 1927.

Entrée en fonction hospitalière en 1954.

La cuti-réaction faite à l'entrée était positive.

Le début de la maladie tuberculeuse a été marqué par une pleurésie séro-fibrineuse, en 1950, au mois de Novembre.

Madame SO... aurait accouché en Juin, après une grossesse normale, d'un enfant en bonne santé, né à terme.

Elle l'a allaité pendant trois mois, puis a suspendu l'allaitement à la découverte de cette pleurésie.

Madame SO... travaillait à l'époque dans une raffinerie de sucre.

L'arrêt de travail a duré de Novembre 1950 à 1954, date de sa prise de fonction à Maison Blanche.

La pleurésie a été traitée à domicile par :

- . Streptomycine : 30 grammes,
- . P.A.S. et calcithérapie.

Elle aurait fait, par la suite, six mois de préventorium.

A l'heure actuelle, image séquella sous forme d'un comblement du cul-de-sac droit.

Pas de récurrence.

Etat général satisfaisant.

Cette malade était donc, à son embauchage, porteuse de séquella et n'a pas fait de récurrence.

o o

OBSERVATION N° 9

Madame DE..., née le 29 Avril 1912.

Entrée en fonction à Maison Blanche en 1947.

Après son premier accouchement, à l'âge de 21 ans, début de la maladie tuberculeuse : infiltrat et nodules apicaux bilatéraux.

Elle a été mise au repos, séparée de son enfant, et n'a pas eu de traitement particulier.

Depuis, image stable fibro-nodulaire des deux sommets.

o o

OBSERVATION N° 10

Monsieur LE..., né le 2 Mai 1911.

Jardinier depuis 1937.

A contracté une pleurésie tuberculeuse droite en Allemagne.

Début de la maladie le 7 Février 1945.

Soigné en infirmerie de stalag pendant deux mois.

Libéré en Juin 1945 ; repos jusqu'en Juillet, et reprise de travail à Maison Blanche.

Il s'agit ici d'une manifestation spéciale due aux privations, au froid et à l'hygiène déplorable.

Cette observation ne rentre dans notre travail que pour constater que, depuis, il n'y a pas eu de reprise évolutive et qu'il ne reste qu'un comblement du cul-de-sac pleural droit.

o o

OBSERVATION N° 11

Madame HE..., née le 28 Janvier 1927.

Entrée en fonction en 1948.

Le début de la maladie commence en Août 1949, sous forme d'un infiltrat du sommet droit.

Madame HE... présentait un début de grossesse, et de plus aurait, semble-t-il, abusé des bains de soleil, à un point tel qu'en Juin 1949, lors de son congé annuel, elle aurait eu une véritable insolation.

Traitée par calcithérapie, vitamine C intraveineuse, avec arrêt de travail pendant trois mois.

Accouchement très laborieux, tête fœtale très calcifiée, oedème. Enfant normal.

Madame HE... a repris son travail en Juin 1950 avec une mutation. Elle travaille actuellement dans un bureau.

A l'heure actuelle, calcification grosse comme un petit pois du sommet droit.

o o

OBSERVATION N° 12

Madame BE..., née le 13 Octobre 1909.

Entrée en fonction hospitalière en 1934.

Antécédents généraux : asthme ancien, récemment désensibilisé sans résultat.

Bronchites très fréquentes.

A présenté un épisode dépressif récent.

Aurait fait un épisode pleural non ponctionné, en 1935, à droite.

Elle n'a pas été mise au repos, ni surveillée particulièrement.

La radio récente de contrôle montre un cul-de-sac droit émoussé et une à deux petites calcifications hilaires droites.

Cette malade nous a dit avoir été en service lors de l'ouverture d'un nouveau pavillon de malades, dans lequel les formes pulmonaires de tuberculose étaient abondamment représentées.

Actuellement, état général très satisfaisant.

o o

OBSERVATION N° 13

Madame NE..., née en Février 1933.

Entrée en fonction en Juin 1962.

Le début de la maladie remonte à Novembre 1962 par une opacité de la base droite.

Arrêt de travail deux mois et demi.

Streptomycine : 30 grammes.

Rimifon : 10 comprimés par jour, deux mois.

Cette malade a été suivie en ville.

La scopie de contrôle montre maintenant une image thoracique normale.

Il n'a jamais été fait de radiographie de contrôle.

On retrouve, à l'interrogatoire, un frère ayant présenté une forme ganglionnaire de tuberculose : probablement adénite cervicale.

Ce jour, Madame NE... semble en bonne santé. Nous lui avons suggéré de faire faire une radiographie de contrôle pour avoir un document.

o o

OBSERVATION N° 14

Monsieur SE..., né le 4 Avril 1904.

Entré en service hospitalier comme chef d'atelier, en 1932.

Aurait présenté une petite pleurésie en 1963 ; jamais de traitement. La preuve tuberculeuse de cette pleurésie n'a jamais été faite.

La radio de contrôle montre un cul-de-sac émoussé. Pas d'image parenchymateuse.

Comme l'autre cas masculin que nous avons présenté, Monsieur SE... n'est inclus dans notre travail que pour dire de lui qu'il n'a pas rechuté.

o o

OBSERVATION N° 15

Madame PI..., née le 8 Août 1936.

Entrée en fonction hospitalière en Novembre 1957.

En Août 1960, début brutal d'une pneumopathie aiguë avec fièvre à 38-39°, toux, point de côté, petite expectoration.

Découverte à la radio, demandée après échec des antibiotiques usuels, d'une tuberculose lobaire rétractile supérieure droite.

Un tubage fait est positif.

Soignée par :

- A.C.T.H., un mois ;
- Streptomycine, 3 mois : 1 gramme par jour ;
2 mois : 1 gramme par semaine ;

- I.N.H. : 14 comprimés par jour pendant deux mois,
9 comprimés par jour pendant trois mois.

Arrêt de travail deux ans et demi.

Dans ses antécédents, on retrouve :

- une pleurésie gauche à dix ans ;
- une pleurésie droite à dix-huit ans, traitée
déjà par PAS, Streptomycine, Rimifon : 40 jours.

Actuellement, la radio montre des culs-de-sac émousés et une calcification stable et très limitée du sommet droit.

o o

OBSERVATION N° 16

Madame ME..., née le 9 Mai 1928.

Entrée en fonction hospitalière en 1949.

Découverte, au dépistage systématique en 1956, de lésions semblant déjà anciennes.

Des tomographies du 3 Septembre 1956 font le bilan des lésions :

3 cm. du plan postérieur : rien à signaler ;

4 cm. : fines taches du sommet droit ;

5 cm. : large élément nodulaire au niveau de l'axe postérieur de la 2^{me} côte droite ;

6 cm. : nombreux éléments nodulaires fins à droite, quelques éléments à gauche ;

de 6 à 11 cm. : cette image se répète ;

12 cm. : rien à signaler.

De plus, nombreuses calcifications hilaires et para-hilaires.

En 1955, Madame ME... aurait pris le service de veille de 10 heures à 6 heures du matin.

Ce fait, joint à une alimentation défectueuse et dérégulée, à la perte du sommeil provoquée par ce changement, a peut-être favorisé l'éclosion de cette tuberculose.

A noter cependant que son père est mort de tuberculose, six ans auparavant, soit en 1950.

Traitée par la triple association, à des doses fortes (pas précisées).

Son état pulmonaire et général est satisfaisant ce jour.

o o

OBSERVATION N° 17

Mademoiselle TA..., née en Octobre 1933.

Entrée en fonction hospitalière, après deux années d'école d'infirmières, en 1953.

Mademoiselle TA... avait été vaccinée par le B.C.G. en 1949 avec image de la cuti-réaction.

Le début de la maladie tuberculeuse remonte à Mars 1956, soit trois ans après son entrée en fonction.

Au dépistage systématique, l'on découvre une opacité du sommet droit.

Ses cultures sont positives.

Traitée à domicile par Streptomycine intramusculaire et I.N.H. per os.

En Juin 1956, hospitalisation au Sanatorium du Brévent (plateau d'Assy), durant six mois.

Le 26 Juin, des tomographies précisent les lésions : infiltrat arrondi sus-claviculaire droit avec image claire excentrée.

Le 25 Septembre 1956, le contrôle pratiqué montre une amélioration : l'infiltrat est réduit à un petit nodule rond et homogène.

Le 15 Décembre 1956, retour au domicile, poursuite du traitement.

Le 29 Avril 1957, un contrôle pratiqué montre une nouvelle poussée évolutive du sommet droit avec une petite excavation sus-claviculaire, visible à 9 cm. du plan postérieur.

Repos à domicile avec poursuite du traitement.

Le 24 Novembre 1957, un nouveau contrôle montre une nette extension des lésions, sous forme d'infiltrat rond, excavé, rétro- et sous-claviculaire droit.

Une segmentectomie est faite sur l'apical droit, le 30 Octobre 1957.

De Décembre 1957 à Mai 1958, réhospitalisation à Brévent.

Janvier 1959 : arrêt du traitement antibiotique.

Contrôle radiographique en Septembre 1959 : poussée évolutive nette à type ulcéro-nodulaire ; culture positive.

Octobre 1959 : hospitalisation à Cochin, dans le service du Professeur BROQUET :

Cyclosérine : 0,75 gr. pro die,

Trécator : 0,75 gr. pro die,

jusqu'en Janvier 1960.

En Mai 1960, entrée à Chantoiseau, sanatorium de Briançon ; séjour jusqu'en Février 1961.

Pas de changement notable des images précédentes, cependant qu'une amélioration biologique était constatée :

Vitesse de sédimentation :

19 millimètres dans la première heure,
puis 33 millimètres.

Et, à l'examen suivant :

7 millimètres dans la première heure,
puis 15 millimètres.

Toutes les recherches de B.K. sont négatives.

De Février 1961 à Juin 1961, repos à domicile avec continuation du traitement.

En Juin, on constate qu'une nouvelle caverne du sommet droit s'est fait jour.

Changement du traitement : Viocine,
Rimifon.

Stabilisation obtenue et reprise du travail en Mars 1963.

Les doses d'antibiotiques reçues ont été les suivantes :

D.H.S.	209 gr.
I.N.H.	618 gr.
Trécator	277 gr.
Cyclosérine ...	284 gr.
P.A.S.	5400 gr.
Viocine	160 gr.

Actuellement, Mademoiselle TA... poursuit son traitement antibiotique ambulatoire à la dose de trois comprimés de Rimifon pro die. Des contrôles radiographiques sont faits régulièrement. Elle a repris son travail.

La malade rentre d'Italie où elle a pris son congé, et son état apparent est satisfaisant.

Il est à noter que sa soeur a été également

bacillaire et a subi un extra-pleural.

o o

OBSERVATION N° 18

Madame DE..., née le 7 Juillet 1910.

Entrée en fonction hospitalière en 1951.

Le début de la maladie a été découvert au dépistage systématique du 12 Mars 1958, sous forme de deux nodules rétro-claviculaires gauches et de petites calcifications para-hilaires gauches.

Le médecin consulté à l'époque pensait à une séquelle de tuberculose qui se serait produite entre 1951 et 1958 à bas bruit, échappant aux contrôles radiographiques du camion de la médecine du travail.

Traitement institué jusqu'en Juin 1963, par :

- P.A.S. en perfusion, puis en granulés,
- Streptomycine, 30 grammes,
- Rimifon, 4 comprimés par jour.

Les images sont restées stables et la reprise du travail était envisagée lorsque, en Janvier 1961, en faisant sa toilette, Madame DE... découvre une grosseur latérale gauche du cou, de la taille d'une noix.

Des examens ont montré l'origine tuberculeuse de cette adénopathie, laquelle a été extraite chirurgicalement à Villejuif.

A l'heure actuelle, état général médiocre ; la reprise du travail est jugée possible à partir du 8 Juin 1964, après 34 mois d'arrêt.

o o

OBSERVATION N° 19

Madame ZA..., née le 15 Août 1936.

Entre en fonction hospitalière en 1954.

A la radio de dépistage de Juin 1956, lors de l'examen pour la titularisation, découverte de calcification du sommet gauche.

Une radio était normale en 1955.

On suppose donc que les lésions se seraient développées entre 1955 et 1956, entre deux contrôles, et ceci sans grande manifestation, en dehors d'une période de fatigue qui correspondrait à la période des examens.

Traitement :

- Streptomycine : 30 grammes,
- Rimifon : 10 comprimés par jour, jusqu'en 1957.

A l'heure actuelle, état général excellent.

Image radiographique stable.

o o

OBSERVATION N° 20

Madame CH...

Lors du dépistage systématique du 30 Mars 1954, on découvre une opacité assez dense, arrondie, sus-claviculaire interne droite.

La malade arrête son travail et suit le traitement antibiotique triple associé avec

- Streptomycine : 3 pilules par semaine,
- P.A.S. : 12 grammes par jour,
- Rimifon : 4 comprimés par jour à 150 milligrammes.

Puis, elle poursuit son traitement par le Rimifon seul pendant quatorze mois.

A la suite de ce traitement, on constate une rétraction de l'infiltrat sous forme de lésion fixée.

Tous les examens, depuis, montrent un nodule calcifié de l'apex droit, rigoureusement stable.

Il est à signaler que cette infirmière a toujours travaillé en pavillon sanatorial, et cela une dizaine d'années avant la découverte de ces lésions.

o o

OBSERVATION N° 21

Madame JU...

Devant passer ses examens de titularisation, elle passe un contrôle systématique le 29 Juin 1956 qui montre une opacité ronde très bien limitée de la base droite, méconnue jusqu'alors.

Dans ses antécédents, du point de vue professionnel, cette femme a été lingère à l'hôpital de Rennes en 1952.

La cuti, à cette époque, était négative. Un compte rendu on fait foi.

Rentrée comme infirmière à l'Hôpital psychiatrique de Maison Blanche en Septembre 1952, elle n'a pas subi de cuti-réaction, mais la radioscopie ne montrait pas d'image suspecte.

Il n'y a pas eu d'examen pratiqué entre 1952 et 1956.

En 1956, la cuti était phlycténulaire au même examen de titularisation.

Les tomographies montrent une opacité bien limitée, franchement caséreuse, évoquant plus une tuberculose post-primaire qu'un chancre d'inoculation récent.

Cette femme a été en arrêt de travail pendant quinze mois et a bénéficié du traitement triple associé.

Pendant cet arrêt de travail, une grossesse a évolué normalement. Madame JU... a accouché normalement d'un enfant qui présentait un pied bot. Ceci n'a aucun rapport avec sa maladie, bien sûr.

L'opacité de la base droite s'est progressivement réduite et calcifiée. La malade a repris son travail en 1958.

La calcification du foyer ayant fait éliminer une décision opératoire envisagée l'année précédente devant la persistance de ce foyer.

Actuellement, la lésion se présente comme une séquelle de complexe primaire banal et son état est rigoureusement stable.

T A B L E A U I

FORMES ANATOMIQUES DES LÉSIONS

Infiltrat	7
Nodule	2
Caverne	3
Ulcéro-nodulaire	3
Nodule cicatriciel	3
Forme pleurale	6
Forme ganglionnaire	1
Total	25

Les quatre formes en surnombre représentent les rechutes réalisées par les cas 2, 3, 17 et 18.

T A B L E A U I I

MODALITE DE DECOUVERTE

Examen systématique	17
Par symptomatologie clinique	4
Par surveillance rechutes	4

Les quatre rechutes sont présentées par les cas 2, 3, 17 et 18.

T A B L E A U I I I

CAUSES SECONDES DE LA TUBERCULOSE

Cause non retrouvée	13
Grossesse	3
Surmenage	2
Changement de service	3

T A B L E A U I VNOTION D'ALLERGIE TUBERCULINIQUE

	Positive	Négative
Cuti faite	3	2
Cuti non vérifiée	16	

On pourrait s'étonner de la proportion importante de cuti-réactions non vérifiées. Ceci tient au fait que :

1°)- L'organisation de la médecine du travail a été très longtemps à la charge des médecins du personnel, ce qui a donné un surcroît de travail à ceux-ci.

2°)- Il est hélas habituel de constater que si les convocations aux cuti-réactions sont faites rigoureusement, les gens convoqués négligent le plus souvent cette convocation ou, s'ils se présentent, ne reviennent que très rarement à la lecture de la cuti-réaction.

Il est évidemment impossible au médecin de courir après chaque membre du personnel.

C'est ce qui nous a fait écrire : cuti non vérifiées, et non pas cuti non faites.

Une amélioration est survenue dans ce système en 1956, lors du passage du camion de dépistage.

C'est vers cette époque que la médecine du travail s'est franchement individualisée de la médecine proprement dite.

On peut dire que, pour Maison Blanche, le contrôle annuel radio-photographique et le contrôle à l'embauche de la cuti-réaction sont faits maintenant de façon scrupuleuse depuis 1960.

Cette constatation est générale et rejoint celle de Monsieur le Docteur BIDOÛ, à l'Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris.

°
° °

Nous pouvons tirer de ces tableaux quelques brèves constatations.

Tout d'abord, que la forme anatomique des lésions est la même en milieu hospitalier que dans les autres professions; ceci est évident, et le contraire serait surprenant ; les formes ne sont pas plus graves ou plus extensives.

L'examen systématique a permis de découvrir quinze fois une lésion et toujours à son début : ceci confirmerait une fois de plus, si besoin en était, que la radio annuelle de dépistage est l'arme la plus puissante dont nous disposons pour traiter la tuberculose, car elle en révèle la nature bien avant que l'état général n'attire l'attention sur les poumons.

L'étude du troisième tableau nous permet de constater que, là encore, les causes secondes de la tuberculose ne varient pas du milieu hospitalier à un milieu extra-hospitalier.

Le quatrième tableau, en revanche, nous montre une proportion trop importante d'allergie cutanée non vérifiée, et ce chiffre est probablement plus impor-

tant que dans les administrations autres que hospitalière et en tout cas infiniment plus élevé que le chiffre obtenu dans les écoles.

Le nombre des rechutes que nous avons constatées est de 4 sur 21 cas, ce qui fait une moyenne de 0,076 sur l'ensemble de la population, par an.

Ici, se poserait le problème, qui a longtemps été discuté, de savoir si la réinfection est exogène ou endogène ; là n'est pas notre propos.

Nous remarquons cependant que, sur ces vingt-et-un cas, comportant quatre rechutes, tous ont repris normalement leur travail après une absence maximum de six semestres, et le travail a été repris en milieu hospitalier.

Tous ces anciens malades sont maintenant surveillés de près, et, pour les cas les plus anciens du moins, on peut affirmer que leur passé n'a été à l'origine d'aucune entrave dans leur fonction.

Il semble donc que le réemploi des malades ne fait pas de difficulté dans le cadre hospitalier, sous réserve d'une attention particulière.

B L I G N Y

Le Sanatorium de Bligny comporte, pour cinq cents lits, 251 employés qui se répartissent de la façon suivante :

82 hommes
169 femmes.

Parmi ces agents du personnel, se trouvent quarante-huit anciens tuberculeux qui, à leur sortie de l'établissement comme malades, y sont restés comme personnel soignant et employés des services généraux, après guérison complète.

Ces quarante-huit agents feront l'objet d'un petit paragraphe, mais nous ne tiendrons pas compte de leur observation dans notre travail, à l'exception de quatre d'entre eux qui ont rechuté.

Sur l'ensemble du personnel, nous avons donc cherché quel était le coefficient de morbidité. Il est des plus faibles, puisque nous avons été obligé de rechercher sur dix ans pour trouver trois cas seulement de première manifestation tuberculeuse.

Nous présenterons ces observations et nous tirerons quelques conclusions.

OBSERVATION N° 1

Docteur X...

Ce médecin s'est toujours occupé de tuberculose et il a pris ses fonctions pour la première fois en sanatorium en 1903.

Il n'avait jamais présenté de lésion tuberculeuse d'aucune sorte.

En revanche, il souffrait de douleurs rhumatismales articulaires intenses et se soignait de lui-même depuis longtemps par des corticoïdes.

Participant au Congrès de la Tuberculose aux Indes, en 1960, il contracta une dysenterie bacillaire qui lui fit perdre 7 à 8 kilogrammes.

A son retour, un état général déficient, une toux et l'apparition d'une expectoration ont attiré l'attention, et la radio montra une image fibro-caséuse excavée "en grelot", sous-claviculaire externe.

Ce médecin s'est alors mis au repos et s'est soigné par la triple association d'antibiotiques. Sous un traitement particulièrement énergique, les lésions sont devenues cicatricielles et la guérison est maintenant assurée de façon stable.

Cette observation prouve que la surveillance des gens qui travaillent en milieu contaminateur ne doit pas être relâchée, quelle que soit l'ancienneté de l'emploi. D'autre part, elle confirmerait, si besoin en était, que les corticoïdes doivent être employés de façon pondérée.

OBSERVATION N° 2

Madame Co...

- Née le 18 Mars 1922,
- Entrée en service en Décembre 1962,
- Cuti-réaction positive,
- Image thoracique normale.

En Octobre 1963, consulte un médecin de médecine générale pour angine à répétition et rhinite suppurée.

Une radioscopie montre des images suspectes que la radiographie montre être une opacité dense sus-scissurale droite du segment central du lobe supérieur droit. Petites images de calcification hilare droite.

Le diagnostic étiologique n'est pas posé en l'absence d'exams de crachats négatifs.

En Avril 1964, une bronchoscopie révèle un bourgeon irrégulier, obstruant presque en totalité l'orifice de la lobaire supérieure droite. La biopsie faite n'apporte pas de résultat et in fine le diagnostic de tumeur au bénéfice d'un aspect purement inflammatoire.

A la fin du même mois, les cultures en cours redeviennent positives et, après test de la sensibilité aux antibiotiques, institution du traitement :

- Streptomycine
- 1314
- I.N.H.

Le 23 Mai 1964 : culture toujours positive.

Le traitement se poursuit.

OBSERVATION N° 3

Monsieur PA..., né le 19 Juin 1899.

En 1964, découverte d'une adénopathie cervicale droite. Le prélèvement fait montre la nature tuberculeuse de la lésion et met en évidence le B.K..

La radio pulmonaire montre une image d'infiltrat du sommet droit, en Avril 1964. Le traitement triple associé est institué. Ce malade est toujours en traitement.

o o

La très faible proportion de morbidité s'explique par le fait que, depuis très longtemps, dans cet établissement sanatorial, les examens sont faits de façon très rigoureuse et particulièrement la vérification de l'allergie cutanée.

Le B.C.G. est exigé devant une cuti-réaction négative et il doit avoir donné lieu à deux contrôles positifs, un par année, avant qu'un agent ne soit engagé dans un pavillon de tuberculeux contagieux.

De plus, il est évident que plus qu'ailleurs des précautions sont prises pour isoler les malades porteurs de germes et que la stérilisation des expectorations est obtenue au plus vite sous les traitements massifs qui sont institués.

Nous savons aussi, à la demande de Monsieur le Docteur PARROT, quel était, chez les sujets ayant été malades, le pourcentage d'heures d'absence, et nous l'avons comparé à celui des personnes n'ayant jamais été malades du fait de la tuberculose.

- Le premier chiffre est de 1,72 %
- Le deuxième chiffre, de . 3,13 %.

Peut-être un certain point d'honneur à ne pas

Être malade à nouveau explique la modération du premier chiffre par rapport au second.

o

o o

Sur les trois observations que nous avons présentées, nous trouvons :

- une forme ulcéro-caséuse,
- une forme nodulaire,
- une forme d'infiltrat, jointe à une forme ganglionnaire.

Ces trois malades ont été ou sont encore soignés aux antibiotiques antibuberculeux.

Nous avons mentionné que 48 anciens malades avaient été embauchés dans le cadre du personnel hospitalier, au secrétariat ou services généraux, comme garçons ou filles de salles. Sur ces 48 anciens malades, ont rechuté seulement quatre d'entre eux, soit 1,66 %, ce qui fait une moyenne faible par an.

Ceci nous permet de penser que la maladie tuberculeuse stabilisée n'est pas un obstacle à un emploi hospitalier.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Nous avons voulu inclure dans notre travail des statistiques de la plus grande collectivité hospitalière, à savoir celles de l'Assistance Publique à Paris.

Monsieur le Docteur BIDOU, Chef du Service de dépistage à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu nous communiquer ses travaux et les résultats de ses statistiques. Nous tenons à le remercier ici vivement de l'aide précieuse qu'il nous apporte dans notre travail.

L'apport de ces bilans de l'Assistance Publique va nous permettre d'élargir le cadre de cette étude et d'y inclure un certain nombre de points particuliers qui seront :

- Une statistique détaillée et complète tenant compte de la morbidité en fonction des services hospitaliers où travaillent les agents ;
- Un pourcentage de cas de tuberculose en fonction de l'âge des agents considérés.

Nous avons choisi d'utiliser deux années, 1958 et 1962, ce qui nous permettra d'apprécier la modification de ces facteurs.

Nous pensons que le mieux est de rapporter les tableaux qui nous ont été fournis, et nous essaierons d'en tirer par la suite des conclusions.

Paris, le 8 Juillet 1959.

SEANCES de DEPISTAGE (1958)

Nombre d'agents examinés : 32.220

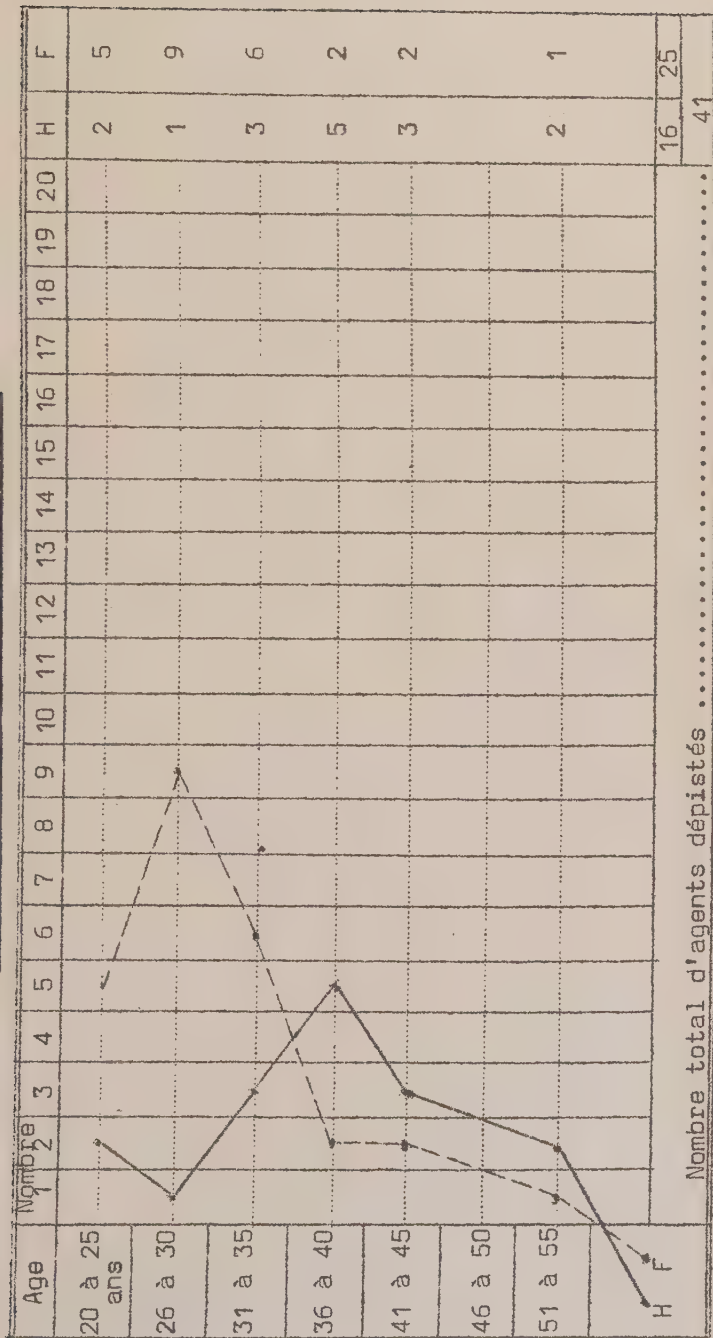
Nombre d'agents dépistés : 41

Fonctions	Femmes	Hommes
<u>Personnel administratif :</u>		
Agents titulaires		2
Agents temporaires	1	
<u>Personnel hospitalier :</u>		
Sages-femmes, Elèves-infirmières, Infirmières, A.S., Servantes titulaires	16	8
Infirmières, A.S., Servantes temporaires	8	3
<u>Personnel ouvrier :</u>		
Ouvriers titulaires		2
Ouvriers temporaires		1
	25	16
Total	41	

Soit : 1,272 o/oo

SEANCES DE DEPISTAGE (1958)

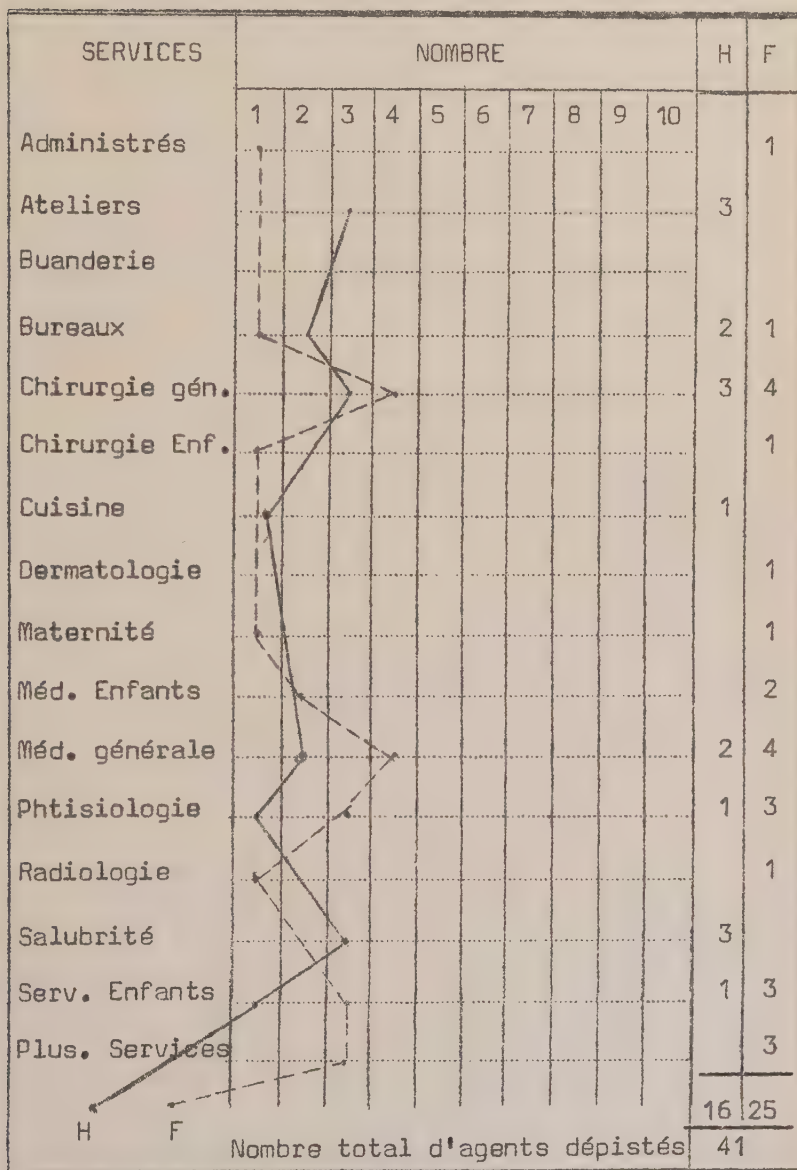
Graphique de l'Age des agents dépistés



H = Hommes F = Femmes

SEANCES DE DEPISTAGE (1958)

Nombre d'agents dépistés suivant les services



H = Hommes

F = Femmes

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (ANNÉE 1962)

Nombre d'agents examinés : 26.187

Nombre d'agents dépistés : 41 dont 37 ont été
traités pour T.P.

Fonctions	Femmes	Hommes
<u>Personnel administratif :</u>		
Agents titulaires	..	1
Agents temporaires	2	
<u>Personnel hospitalier :</u>		
Infirmiers) titulaires	8	
Aides-soignants)	8	4
Agents temporaires	9	6
<u>Personnel ouvrier :</u>		
Ouvriers titulaires	1	2
Ouvriers temporaires		
Total	28	13
	41	

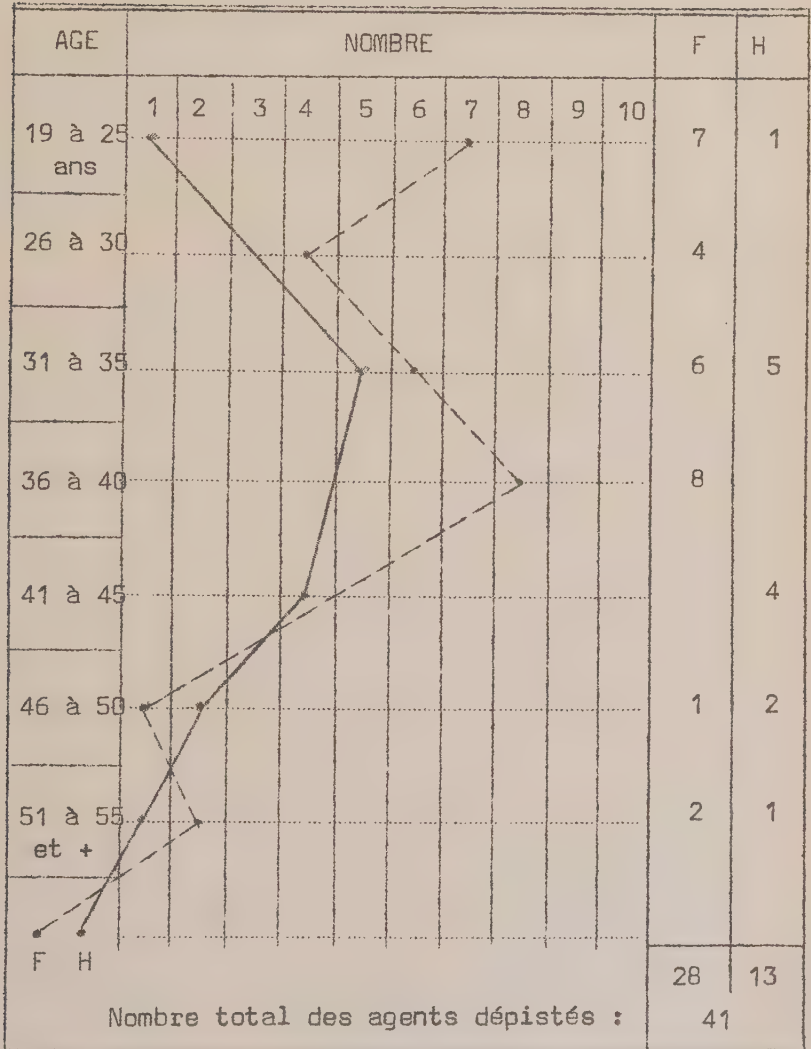
Dans ces chiffres, il y a :

	Femmes	Hommes
B.B.S.	1	
Image vasculaire	1	
Hernie du diaphragme	1	
Image d'abcès du poumon	1	
	4	

Soit : Dépistage 1,565 o/oo
Dépistage de la tuberculose : 1,412 o/oo

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (ANNEE 1962)

Graphique de l'Age des agents dépistés



H = Hommes

F = Femmes

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE (ANNEE 1962)

SERVICES	NOMBRE								F	H
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Administrés chroniques									3	
Ateliers										1
Approvisionnement										1
Chauffeurs										1
Blanchisserie, Raccodage									2	
Bureaux									3	1
Chirurgie									3	2
Cuisine, Office, Réfectoire									3	1
Curiethérapie										1
Diff. Services									1	
Laboratoire									1	
Maternité									1	
Médecine génér.									5	2
Médecine enfants									1	
Monitrice et ménage école									2	
Phtisiologie									2	1
Radiologie									1	
Salubrité										2
F H									28	13
Nombre total d'agents dépistés :									41	

H = Hommes

F = Femmes

ANNEE 1962

		F	H
Tuberculoses nouvelles en dehors du dépistage	27	18	9
Rechutes	8	6	2
Pleurésies séro-fibrineuses	8	5	3
B.B.S.	2		2
	45	29	16
Dépistage tuberculose	37	24	13
Image vasculaire	1	1	
Hernie du diaphragme	1	1	
Image d'abcès du poumon	1	1	
B.B.S.	1	1	
Total d'agents arrêtés ...	86	57	29

Il y a peu de différence entre les chiffres de 1,272 o/oo de 1958 et de 1,412 o/oo de 1952, et l'on ne peut en conclure que la morbidité augmente, surtout si on la compare au tableau que nous avons donné de l'année 1946.

La comparaison brute des deux tableaux que nous avons donnés semble montrer que les femmes sont plus touchées que les hommes : 25 pour 16 et 28 pour 13.

L'étude de la morbidité en fonction de l'âge permet de dire que le maximum se trouve au-dessus de 25 ans, c'est-à-dire après l'âge auquel légalement le B.C.G. n'est plus une obligation.

La courbe de la morbidité en fonction des services montre que le maximum de cas se rencontrent en médecine général, qui théoriquement n'admet pas de malades tuberculeux.

Pour ce qui est des hommes tout au moins, on voit enfin que la courbe présente un minimum dans les services de phthisiologie.

S É C U R I T É S O C I A L E

Nous avons voulu avoir un point de comparaison entre la morbidité tuberculeuse dans le milieu des agents hospitaliers et dans un milieu administratif quelconque.

Nous avons choisi le milieu de la Caisse Centrale de Sécurité Sociale à Paris, qui n'a avec la tuberculose que des rapports administratifs.

La Caisse Centrale de Sécurité Sociale comporte, pour la fraction que nous avons étudiée, 5.600 agents répartis à la Caisse Centrale à Paris, rue de Dunkerque, et aux deux Caisses régionales des rues de Tocqueville et de la Chapelle.

La moitié de l'effectif total est confiée, pour ce qui est de la médecine du travail, à Mademoiselle le Docteur VIGUÉ, Médecin-chef du service de Médecine du travail à la Caisse Centrale, qui a bien voulu nous ouvrir ses archives, et que nous remercions ici de sa collaboration à notre travail.

Nous avons étudié les registres sur deux années : 1962 et 1963.

Nous avons trouvé : 12 cas en 1962, et
10 cas en 1963,
de première manifestation de tuberculose chez des employés de cette Administration. Ce qui nous fait un total de 22 cas.

Nous ne rapporterons point les observations

détaillées de ces cas. Nous nous bornerons à donner les résultats bruts obtenus sous forme de tableaux, qui nous serviront à la comparaison que nous nous sommes proposée.

Le pourcentage des malades est, pour un an, de 0,19 %.

o
e o

T A B L E A U I

FORMES ANATOMIQUES DES LÉSIONS

Nodulaire	6
Ulcéro-nodulaire	5
Infiltrat	6
Caverne	2
Pleurale	2
Ganglionnaire	1

T A B L E A U I I
MODALITE DE DECOUVERTE

Systématique	15
Séméiologie clinique	1
Par surveillance : rechute	6

T A B L E A U I I I
ALLERGIE CUTANEE

Cuti faite	Positive	Négative
	12	3
Cuti non vérifiée au cours des examens successifs	7	

Nous sommes certain que, dans 15 cas, la cuti-réaction a été pratiquée. Pour les autres, nous restons dans le doute en raison du fait que les contrôles de l'allergie sont difficiles à exiger ; les intéressés sont souvent négligents et ne voient peut-être pas toujours l'intérêt de ce contrôle.

COMPARAISON DE LA MORBIDITE
dans les différents lieux envisagés

Maison Blanche	0,39 %
Sécurité Sociale	0,19 %
Bligny	1,19 %
Assistance Publique (1960)	1,39 %

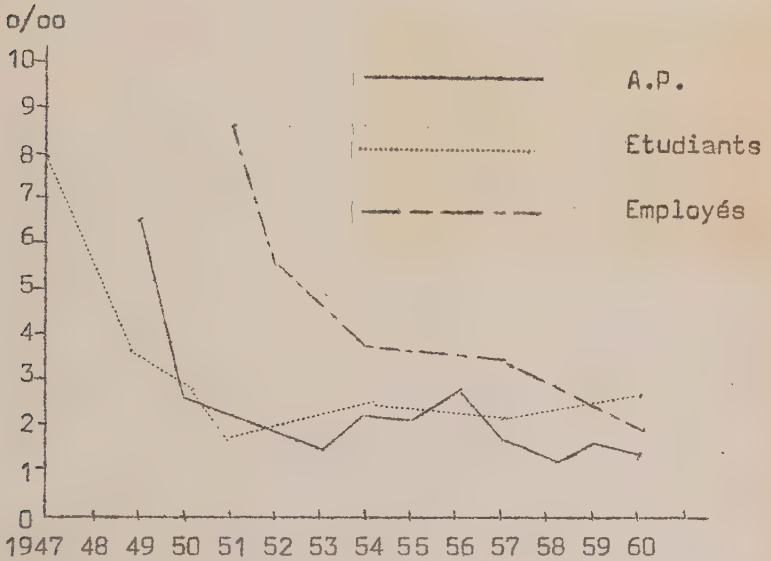
COMPARAISON DU TAUX DE RECHUTE

Maison Blanche	0,42 %
(si l'on se reporte à la population générale)	
Sécurité Sociale	0,053 %
Bligny	1,66 %
Assistance Publique (1960)	0,37 %

L'étude de ces chiffres permet de constater que le pourcentage de morbidité est légèrement supérieur, dans les services qui soignent des tuberculeux, à ceux qui sont à l'abri de la contagion.

Dans tous les cas, le taux de rechute est faible et inférieur à ceux que l'on constate couramment dans d'autres activités.

La morbidité semble, d'après une courbe que nous devons au Docteur BIDOÛ, supérieure, dans une administration bancaire parisienne, à celle de l'Assistance Publique.



DEPISTAGE RADIOPHOTOGRAPHIQUE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PROBLÈME DU DEVENIR DES ANCIENS TUBERCULEUX LEUR RÉADAPTATION, LEUR RETOUR EN MILIEU HOSPITALIER

I - Le problème du reclassement social, professionnel du tuberculeux stabilisé est un souci ancien. Il y a quelque trente ans, quand une tuberculose était stabilisée, la reprise des activités du malade posait de gros problèmes. Il n'était plus question qu'il reprenne la même vie, et un travail peu fatigant, au grand air, loin des centres, à la campagne était conseillé. C'était la condition essentielle du maintien de la "guérison" obtenue. En fait, de longues périodes de repos étaient imposées, et le travail n'était qu'une activité mineure. Peu de gens pouvaient se plier à cette discipline.

II - Les conditions actuelles sont bien différentes. On obtient, à l'heure actuelle, des guérisons vraies de la tuberculose par les antibiotiques anti-tuberculeux, à la condition qu'ils soient employés tôt, à doses suffisantes, et longtemps.

a)- Le repos reste une condition majeure et se décompose qualitativement en repos physique et moral, avec écart autant que possible des soucis.

b)- Quantitativement, on peut diviser le repos que l'on préconise maintenant en deux phases :

- une période de repos absolu, où toute activité est interdite ;

- un temps de repos relatif, où le travail peut être repris à mi-temps, dans le double but de permettre un réemploi social progressif et une réadaptation personnelle au travail.

c)- Une dernière condition à la reprise du travail est qu'une surveillance stricte soit instaurée, qui permette de faire un bilan des cicatrices et de vérifier leur caractère immuable.

III - Pour ce qui est de la reprise du travail en milieu hospitalier, on doit exiger certaines conditions :

a)- Le service dans lequel l'agent guéri doit être employé doit être pris en considération. Il semble préférable de l'exclure des services de maternité, d'enfants, ou des services généraux comme les cuisines ou la distribution des repas.

b)- Il semble souhaitable d'éviter autant que possible le travail de nuit ou de garde, au profit du travail du matin.

c)- Il paraît enfin préférable de choisir une branche d'activité qui exclut les travaux violents ou demandant des efforts importants. Nous pensons que, par exemple, il est préférable de ne pas réemployer une infirmière guérie dans un service de vieillards, où elle passe le plus clair de son temps à soulever les malades pour les changer, faire leur toilette, les faire manger.

IV - L'attribution d'un travail ainsi choisi semble donc nécessaire, mais non suffisante à conserver les résultats favorables de la thérapeutique.

La tuberculose est, selon un mot déjà fort ancien, une maladie "psycho-somatique", et ceci nous permet de penser que la vie, en dehors du travail, a une importance extrême dans le maintien de la guérison.

La vie de famille est un élément important. Bien sûr, l'Administration, qui embauche ou reprend en service un employé, ne peut tenir compte de cette contingence; mais il nous semble souhaitable quand même de définir un peu ce point.

Le climat familial joue un rôle considérable, et telle atmosphère, dégradée par un travail à la maison trop important, par la dissolution des liens familiaux, par des soucis graves comme des dettes ou traites, tarée par l'alcoolisme, est évidemment un point extrêmement sombre dans l'avenir de l'ancien tuberculeux.

L'obligation, pour une infirmière, de satisfaire après son service aux travaux domestiques et de subvenir aux charges familiales n'est inoffensive que dans des limites étroites qui excluent les soucis dont nous avons parlé ou la trop grande intensité ou la trop grande durée de ce travail.

Un point encore paraît d'une importance capitale et est très rarement pris en considération: c'est celui de l'alimentation.

Il est de nombreuses familles où le problème de l'alimentation passe au second plan, après le superflu.

Nous voulons étayer ce point en rapportant une observation que nous avons vue. Il s'agit d'un employé de 37 ans, qui est mort de privation dans une flambée de tuberculose terminale. Cet homme était entouré d'appareils ménagers luxueux, d'une télévision d'un modèle rare, possédait une voiture de grosse cylindrée, et, dans l'obligation d'honorer ses traites, se privait du nécessaire.

D'où il serait logique de penser qu'une manière de rééducation psychologique et morale serait souhaitable chez les anciens bacillaires, ou du moins certains d'entre eux.

Un autre aspect de la question se trouve dans le problème des vacances. La mer, surtout la Méditerranée, attire beaucoup les estivants qui goûtent certainement un repos magnifique, partagé entre les bains de mer et les bains de soleil.

Cela semble peu souhaitable, pour deux raisons : - d'une part, l'insolation prolongée est reconnue, depuis fort longtemps, comme néfaste au tuberculeux pulmonaire, de même que l'air marin ;

- d'autre part, il est évident que le doux farniente qui s'ensuit s'accommode mal des rigueurs d'un traitement qui se devrait sans faille et qui est toujours relâché en cette circonstance.

L'étude du pourcentage des rechutes peut apporter quelques éclaircissements :

Hôpital psychiatrique de Maison Blanche :	5,42 %
Bligny :	0,16 %
Assistance Publique :	0,37 %
Sécurité Sociale :	0,13 %

Le taux très faible constaté à la Caisse Centrale de Sécurité Sociale tient au fait que beaucoup d'employés ne reviennent pas après guérison à la Caisse et sont embauchés dans d'autres activités, échappant par là même à une statistique rigoureuse.

Dans les quatre observations de Maison Blanche ayant rechuté, nous pouvons constater que :

- Le cas n° 2 a rechuté après des vacances au bord de la mer avec exposition prolongée au soleil.
- Le cas n° 3 a rechuté à l'occasion d'une grossesse.
- Le cas n° 17 a rechuté à cause d'un traitement sporadique et mal suivi, chez une personne acceptant mal d'être "une tuberculeuse" et voulant ignorer son affection.

- Le cas n° 18 a rechuté sous forme d'une tuberculose ganglionnaire dont le facteur nous échappe.

Il nous semble donc que ce que nous avons avancé quant à l'importance des facteurs extra-professionnels trouve peut-être sa justification dans ces cas.

Compte tenu de ces faits, l'on peut avancer que le taux de rechutes est sensiblement égal dans toutes les branches d'activités, ce qui confirmerait la théorie qui consiste à imputer aux rechutes une cause plus extra-professionnelle que professionnelle.

Ceci amène à considérer la reprise du travail en milieu hospitalier.

Peut-on réemployer un ancien malade dans un milieu hospitalier ?

Il semble que oui.

Car, un malade guéri est par définition un sujet qui n'est plus contagieux et ne représente donc pas un danger pour les malades d'hôpitaux et encore moins pour ceux de sanatorium.

V - Pour lui-même, nous ne pensons pas non plus que cela soit une cause de reprise de la maladie, et l'expérience le prouve, à la condition de respecter les précautions qui sont admises par la majorité des auteurs qui ont écrit sur la question. A ce sujet, nous rapporterons l'expérience du Service de Prévention tuberculeuse de l'Hôtel-Dieu, qui rassemble les statistiques de toute l'Assistance Publique à Paris.

Les rechutes sont le plus souvent dues aux conditions que nous avons appelées extra-professionnelles.

VI - Une question particulière se pose pour ce qui est de l'infirmière ancienne "bacillaire", qui commence une grossesse. La loi française ne prévoit pas d'articles spéciaux sur cette question, et nous pensons qu'il appartient en effet au médecin de prolonger si besoin le repos légal avant et surtout après l'accouchement.

Le sort de la femme tuberculeuse, il y a quelque trente ans, lors d'une grossesse, était, si la tuberculose présentait quelque caractère évolutif, particulièrement tragique, puisque dans presque la totalité des cas la mort était inéluctable.

Ceci n'existe plus, mais en revanche l'on peut avancer qu'une grossesse fait peser un certain risque de rechute sur la femme.

Nous avançons et étayons cette idée par les quatre cas de rechute que nous avons constatés à Maison Blanche, à la suite d'une maternité.

Cette considération doit permettre une grande souplesse dans l'arrêt de travail accordé aux anciennes bacillaires, lors d'une grossesse. En pratique d'ailleurs, il n'y a pas de problème, et nous ne connaissons pas de cas ayant fait des difficultés en cette circonstance.

VII - Nous voudrions étayer ce que nous avons dit du problème de la reprise du travail des anciens tuberculeux, par un article de Monsieur le Docteur BIDOÛ, des VII^{mes} Journées nationales de Médecine du Travail (Paris, 17, 18, 19 Septembre 1962).

Depuis plus de dix ans, l'Assistance Publique à Paris a organisé la reprise à "mi-temps" de ses agents anciens tuberculeux. Cette reprise avec ménagements dure trois mois. Elle est nécessaire et, de l'avis du Docteur BIDOÛ, avis que nous partageons, suffisante pour permettre une bonne réintégration de l'ancien malade dans son milieu de travail.

Le Docteur BIDOU insiste sur la grande exigence des critères de guérison et, par là, affirme que "nos anciens malades, traités correctement, ne rechutent pas".

Réserve faite des alcooliques, la proportion de rechutes décroît d'année en année, depuis ces dix ans :

1951	:	3,75 %
1960	:	0,37 %.

Ceci à condition que le traitement soit bien conduit.

Bien entendu, par prudence, ces agents ne peuvent en aucun cas être réemployés dans un service d'enfants, de maternité ou de "bouche".

La forme de reprise du travail agréée à l'Assistance Publique est la suivante : pendant trois mois, des journées de 4 heures, puis régime normal.

La reprise du travail un jour sur deux, envisagée par d'autres administrations, semble "contraire à la réadaptation progressive".

La reprise partielle doit être faite le matin, afin que l'employé, encore couvert par le repos de la nuit, soit en condition et puisse profiter l'après-midi d'un temps de cure qu'il sera bon de diminuer progressivement au fil des jours.

Le travail de nuit est, en principe, déconseillé jusqu'en fin de carrière à ces agents.

Telles sont les conditions qui, depuis dix ans, sont en vigueur à l'Assistance Publique, sous la surveillance du Docteur BIDOU, et qui permettent d'assister à la diminution spectaculaire du taux de rechutes.

LA PREVENTION DE LA TUBERCULOSE EN MILIEU HOSPITALIER

La prévention en matière tuberculeuse comprend un certain nombre d'étapes caractérisées que l'on se doit de respecter dans le cadre du travail hospitalier, plus encore qu'ailleurs.

- Les examens d'embauche, qui doivent comporter obligatoirement la pratique d'une intra-dermo-réaction à dix unités, laquelle doit provoquer une induration de cinq millimètres au moins.

Si cet examen est négatif, il doit être procédé à la vaccination par le B.C.G..

- L'examen radiographique, avec le système des micro-radios actuel et l'organisation en fiches, doit être également rigoureux.

- L'examen de contrôle pulmonaire doit évidemment faire suite à ces examens d'embauche et dans les délais prévus, d'une part par la loi, d'autre part par l'administration qui emploie l'agent.

Cette prévention est réalisée avec des modalités différentes dans les diverses administrations que nous avons étudiées. Différents modèles de fiches et de dossiers sont établis ; le principe reste le même.

Le problème de la vaccination par le B.C.G. fait l'objet, dans notre travail, d'un chapitre particulier, dans le cadre de l'application des textes qui régissent cette vaccination.

Le bien-fondé de cette méthode se trouve dans la simple lecture des deux tableaux statistiques de 1946 d'une part et de 1962, que nous avons obtenus à l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris.

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN 1946

25.127 examens

Fonctions	H.	F.	Total
<u>Personnel administratif :</u>			
Agents titulaires			
Agents temporaires	12	6	18
<u>Personnel hospitalier :</u>			
Infirmières (élèves inf.)	1	47	48
A.S. titulaires	28	36	64
A.S. temporaires	6	30	36
<u>Personnel ouvrier :</u>			
Ouvriers titulaires	6	2	8
Ouvriers temporaires	1	6	7
Elèves (Ecole de Pupilles)	3		
Total	57	127	184

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN 1962

Nombre d'agents examinés : 26.187.

Nombre d'agents dépistés : 41 dont 37 ont été traités pour tuberculose pulmonaire.

Fonctions	Femmes	Hommes
<u>Personnel administratif</u>		
Agents titulaires		1
Agents temporaires	2	
<u>Personnel hospitalier</u>		
Infirmiers) titulaires	8	
Aides-soignants)	8	4
Agents temporaires	9	6
<u>Personnel ouvrier</u>		
Ouvriers titulaires		2
Ouvriers temporaires	1	
Total	28	13
	41	

LES TEXTES ET LEUR APPLICATION
EN CE QUI CONCERNE LA VACCINATION PAR LE B.C.G.
DU PERSONNEL HOSPITALIER

Dans le Code de la Santé Publique, on trouve, au Livre III au Titre premier, les textes qui réglementent la lutte contre la tuberculose.

Nous reproduisons ici les articles 214 à 218 qui définissent les conditions dans lesquelles la vaccination par le B.C.G. doit être envisagée.

Nous avons été frappé de constater que de nombreux auteurs et responsables de service se plaignaient de la difficulté considérable qu'ils éprouvaient à faire appliquer les textes.

Au cours d'une séance du 10 Février 1962, Monsieur le Docteur TISSOT rapporte que, chez 7,6 % de son effectif, a débuté une tuberculose active ; il se plaint de ce que les textes ne sont pas appliqués.

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD, qui avait déjà remarqué que "la France, pays d'origine du B.C.G., est le pays où il est le moins bien appliqué", demande qu'un vœu soit transmis au Ministre en faveur de la vaccination et de l'application des règlements.

Monsieur le Docteur BIDOU rapporte ce fait également au cours d'une séance sur la tuberculose (publiée le 31 Mai - 1er Juin 1963).

"L'embauchage.

"La première étape de notre prévention se trouve à l'embauchage.

"Le problème qu'il pose est complexe. Il faut

"n'accepter que des candidats dont l'état pulmonaire est parfait, et qui satisfont aux prudentes obligations légales d'une épreuve tuberculinique positive, ou de vaccinations B.C.G..

"En fait, les besoins n'autorisent pas toujours l'attente de cette vaccination, et l'embauchage est alors effectué avec des épreuves tuberculiniques négatives.

"Le danger de cette pratique ne peut échapper, et c'est là, dans notre système de prévention, une faille importante, malheureusement indépendante de notre volonté.

"Certes, les sujets à épreuves négatives et non encore vaccinés sont affectés à des services où il n'y a pas de malades. Les postes sont nombreux où ils peuvent être dirigés : maternités, crèches, services généraux. Mais, ne nous le dissimulons pas, il y a d'inévitables fissures : elles ne sont pas toujours aisément mesurables ; les conséquences qui en découlent sont parfois graves.

"Nous concluons en insistant sur l'intérêt d'un embauchage médicalement rigoureux, et sur la nécessité d'un ponctuel et au moins annuel examen radiophotographique de dépistage.

"Souhaitons de plus une installation rapide de la vaccination B.C.G. pour les candidats qui réagissent négativement à la tuberculine, un contrôle périodique, pendant deux années au moins, des réactions devenues positives après vaccination, et une interdiction formelle des services de malades aux agents qui n'ont pas encore "viré".

"Moyennant ces exigences, nous sommes assurés d'une bonne prévention. Et, toutes choses étant égales par ailleurs, il n'y a pas, et il ne doit pas y avoir de craintes particulières pour les hospitaliers. Pas davantage que d'autres travailleurs, ils ne sont menacés par la tuberculose."

Nous reproduisons maintenant les articles
214 à 218 :

"Livres III - Lutte contre les fléaux sociaux.

"Titre 1er - Lutte contre la tuberculose.

"Art. L. 214 - La lutte contre la tuberculose
comprend :

"1°)- La prophylaxie assurée par :

"a)- la vaccination par le B.C.G.,

"b)- les dispensaires antib tuberculeux,

"c)- les placements familiaux surveillés ;

"2°)- Le traitement des malades dans des éta-
blissements spécialisés :

"a)- Les centres départementaux de phti-
siologie,

"b)- Les établissements de cure et de pro-
phylaxie".

"Chapitre 1er - Prophylaxie.

"Section I - Vaccination par le B.C.G. et dis-
positions pénales (Décr. 11 Mai 1955).

"Art. L. 215 - Sont soumises à la vaccination
obligatoire par le vaccin antituberculeux B.C.G.,
sauf contre-indications médicales reconnues dans
les conditions fixées par règlement d'administration
publique (Décr. 11 Mai 1955) "prevu à l'article L.
217-3 ci-après", les personnes comprises dans les
catégories de la population ci-après :

"1°)- Les enfants du premier âge et du deuxiè-
me âge placés en maisons maternelles, crèches, pou-
ponnières ou en nourrice ;

"2°)- Les enfants vivant dans un foyer où vit
également un tuberculeux recevant, à ce titre, des

"prestations de collectivités publiques ou des organismes de Sécurité sociale ;

"3°)- Les enfants d'âge scolaire fréquentant les établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, visés par le Titre II du Livre II du présent Code ;

"4°)- Les étudiants se préparant au certificat de physique-chimie-biologie, les étudiants en médecine et en art dentaire, les élèves des écoles d'infirmiers, d'assistants, d'assistantes sociales ou de sages-femmes ;

"(Ord. n° 58-1359 du 27 Déc. 1958)" -
4e bis - "Les étudiants ou élèves des divers ordres d'enseignement autres que ceux mentionnés au 4° ci-dessus, qui sont inscrits dans un des établissements, écoles ou classes, définis par l'article 566 du Code de la Sécurité sociale."

"5°)- Les personnels des établissements hospitaliers publics et privés.

"6°)- Les personnels des administrations publiques.

"7°)- Les militaires des armées de terre, de mer et de l'air.

"8°)- Les personnels des entreprises industrielles et commerciales, et, particulièrement, les personnes travaillant dans un milieu insalubre ou qui manipulent des denrées alimentaires.

"Art. L. 216 - Les personnes visées à l'article L. 215 ci-dessus ne sont soumises à la vaccination que si elles présentent des réactions tuberculiques négatives. Toutefois, les nouveau-nés peuvent être vaccinés sans que cette condition soit remplie.

"Les personnes âgées de plus de vingt-cinq ans ne sont pas soumises à la vaccination obligatoire.

"Art. L. 217 - Des centres de vaccination sont organisés par le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

"La vaccination dispensée dans ces centres est gratuite.

"Les assujettis à la vaccination conservent la faculté de se faire vacciner à leurs frais en dehors des centres prévus par le premier alinéa du présent article.

"Art. L. 217-1 (Décr. n° 59-326 du 21 Février 1959 (Dispositions réglementaires). Les sanctions disciplinaires applicables aux élèves des établissements de l'enseignement supérieur, aux étudiants et élèves des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres qui ne se conformeraient pas aux prescriptions de l'article L.215 sont déterminées par des décrets pris sur le rapport du Ministre de la Santé publique et de la Population et des Ministres intéressés.

"Art. L. 217-2 (Décr. 11 Mai 1955). Des décrets pris sur le rapport du Ministre de la Santé publique et de la Population et des Ministres intéressés, après avis conforme de l'Académie nationale de Médecine et du Conseil permanent d'Hygiène sociale (Commission de la Tuberculose) fixeront les dates auxquelles les dispositions de la présente section seront rendues applicables à chacune des catégories énumérées à l'article L.215.

"Les mêmes décrets pourront prévoir un échelonnement dans l'application de la vaccination à chacune des catégories susvisées, notamment en fonction des possibilités de réalisation pratique. - V. Décret 1er Sept. 1952 (B.L.D. 1952.626 ; J.O. 3 Sept.).

"Art. L. 217-3 (Décr. 11 Mai 1955). Un règlement d'administration publique pris sur le rapport du Ministre de la Santé publique et de la Population, après avis conforme de l'Académie nationale de Méde-

"cine et du Conseil permanent d'Hygiène sociale
"(Commission de la Tuberculose), détermine les modalités d'application de la présente section, notamment
"en ce qui concerne la technique de la vaccination
"par le vaccin antituberculeux B.C.G., ses contre-
"indications éventuelles, la pratique des revaccina-
"tions, le contrôle des réactions tuberculiniques
"avant ou après la vaccination et le contrôle de ces
"vaccinations lorsqu'elles sont effectuées en dehors
"des centres prévus à l'article L. 217.

"Art. L. 218 - Sera puni des sanctions prévues
"à l'article 471 du Code pénal (C. pén., art. R.26)
"quiconque refuse de se soumettre ou de soumettre
"ceux dont il a la garde ou la tutelle aux prescrip-
"tions des articles (Décr. 11 Mai 1955) "de la pré-
"sente section" ou qui en aura entravé l'exécution.

"En cas de récidive, les sanctions applicables
"seront celles prévues par l'article 475 du même code
"(C. pén. art. 4.30)".

L'article 215, dans son paragraphe quatre, définit donc les catégories de personnels qui doivent se soumettre à la vaccination par le B.C.G..

Il est regrettable que l'article 216 détruise en partie le travail du précédent en fixant une limite d'âge à vingt-cinq ans.

Il est de constatation courante que c'est dans les dix premières années de travail que le maximum de tuberculose explose dans les rangs du personnel hospitalier, soit en gros de vingt à trente ans.

La statistique de l'Assistance Publique à Paris que nous avons reproduite le prouve.

Il est fâcheux de permettre à des sujets à cuti au contrôle négatif d'échapper à la vaccination qui peut-être leur aurait permis de ne point tomber malades.

Pour ce qui est des autres, ceux qui ont moins de vingt-cinq ans, et leurs employeurs, nous sommes obligé de constater que l'article 218 les frappe très rarement, pour ne pas dire pas du tout.

C O N C L U S I O N

L'étude de la tuberculose du personnel hospitalier amène à faire quelques constatations que nous voudrions grouper ici.

Il semble d'abord évident, à la lecture des statistiques, que la maladie tuberculeuse ne frappe pas davantage les cadres hospitaliers que les employés d'autres administrations.

Les formes de tuberculose sont semblables à celles que l'on rencontre habituellement, et ne sont ni plus graves ni plus extensives ; elles posent les mêmes problèmes thérapeutiques.

Les causes de la tuberculose ne peuvent être trouvées de façon certaine à l'hôpital ou au sanatorium, et l'on ne peut, en fin de compte, pas dire que la tuberculose a été contractée en service.

Les causes secondes de la tuberculose, en revanche, nous semblent les mêmes qu'ailleurs, et l'importance de l'état physique ou moral, des privations, de la grossesse, de la fatigue excessive ou de la vie déréglée de quelque façon que ce soit, ne saurait être méconnue.

Il ne semble pas que les rechutes soient plus fréquentes là encore qu'ailleurs, et ces rechutes nous semblent bien plus conditionnées par des causes extra-professionnelles que par la reprise du travail lui-même.

Le fait que la découverte de la maladie soit le plus souvent réalisée grâce au dépistage systématique met le point, une fois de plus, sur la nécessité de l'accomplissement rigoureux de ces examens.

Grâce à ceux-ci, on assiste à une diminution de la morbidité en milieu hospitalier. L'exemple de l'Assistance Publique nous semble frappant et nous rappellerons ici deux chiffres qui se passent de commentaires :

Proportion de tuberculeux découverts :

- en 1949 6,44 %
- en 1960 1,39 %.

L'importance de la pratique de la vérification des tests cutanés à la tuberculine est également considérable. Cet examen ne devrait jamais être négligé, toujours contrôlé, et il devrait s'en suivre en cas de négativité d'un B.C.G. obligatoire, avec sanctions pour les personnes qui refusent de s'y prêter et impossibilité de trouver du travail ailleurs.

Cette dernière mesure nous semble justifiée, afin de couper au chantage tacite qui règne dans les rangs de certaines catégories de personnel qui menacent de ne point venir travailler si on les "ennuie" trop.

Il semble monstrueux qu'un sujet, en refusant les soins nécessaires, mette sa santé en jeu et celle des autres par la même occasion, car ce sont les mêmes, à coup sûr, qui, par la suite, suivent un traitement fantaisiste, sporadique et "ambulatoire", risquant ainsi de contaminer leurs semblables.

Dans cet ordre d'idée, si l'on peut constater que les syphilitiques sont traqués partout, on constate que les tuberculeux sont libres de contaminer leur femme, leurs enfants et ceux des autres. Il est regrettable de venir à en souhaiter la création d'une loi qui mettrait un terme à cet abus.

La réglementation du B.C.G. ne sera véritablement efficace que dans la mesure où elle sera suivie et où l'on supprimera l'article qui permet au sujet âgé de plus de 25 ans d'y échapper.

La France, qui a été et reste un pays où la vaccination contre la variole est le plus scrupuleusement suivie, a vu cette maladie régresser dans de telles conditions qu'en six années de médecine bien peu d'étudiants en ont vu.

Il serait souhaitable que, vis-à-vis du B.C.G., les mêmes résultats soient obtenus, et par là même il ne semble pas illusoire de penser qu'à ce prix cette affection finira peut-être par être, elle aussi, une rareté.

Les résultats obtenus dans le cheptel des campagnes, pour ce qui est des bovins, prouvent surabondamment que le vaccin étant pratiqué la tuberculose disparaît de l'étable.

Ces résultats seraient souhaitables, car si les thérapeutiques modernes permettent des guérisons spectaculaires, il n'en reste pas moins que la tuberculose est et reste une affection grave qui paralyse longtemps et nuit par là même aux intérêts particuliers comme aux intérêts nationaux, par le manque à gagner et le poids que cette maladie fait peser sur la société par l'intermédiaire de la Sécurité sociale.

Une dernière constatation s'impose enfin : c'est que la reprise du travail en milieu hospitalier est possible et ne représente pas de danger réel sous réserve de contrôles, de ménagements, d'une attention soutenue et, le cas échéant, d'un changement d'activité au sein même de la profession à l'hôpital.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

G. CORDIER

Le Président de la thèse,

E. BERNARD

B I B L I O G R A P H I E

- BADGER T.L. et AYVAZIAN F.L.- La tuberculose chez les infirmières : observations cliniques sur la pathogénie telle qu'elle a été étudiée chez 745 infirmières suivies pendant 15 ans.- Am. Rev. Tub., Sept. 1949, 60, n° 3, 305-331 (Bibliogr.).
- BIDOU S. - La reprise de travail des agents tuberculeux stabilisés à l'Assistance Publique de Paris.- VII^{mes} Journées nat. Méd. Trav. Paris, 17-18-19 Sept. 1962, Masson, édit., Paris, 1963, 143-144.
- BOYNTON, R.S.- La fréquence de l'infection tuberculeuse chez des élèves-infirmières.- Am. Rev. Tub., Mai 1939, 39, n° 5, 671-674.
- BRUN J., VIALLIER J. et PINET F.- Tuberculoses pulmonaires et extra-pulmonaires de surinfection chez le personnel soignant en milieu hospitalier.- J. Méd. Lyon, 20 déc. 1949, n° 719, p. 959-968, 3 fig.-
- CHILDRESS W.G.- La tuberculose parmi le personnel hospitalier.- Amer. Rev. Tub., Juin 1944, 49, n° 6, 501-509 (Bibliogr.).
- CHILDRESS W.G.- La tuberculose professionnelle parmi le personnel des hôpitaux et sanatoria.- J. Am. Méd. Ass., 28 Juil. 1951, 146, n° 13, 1188-1190 (Bibliogr.).

DANIELS M.- Primo-infection tuberculeuse chez les infirmières ; manifestations et pronostic.- Lancet, 5 Août 1944, 165-170.

DANIELS M.- Primo-infection tuberculeuse chez les infirmières ; manifestations et pronostic.- Lancet, 19 Août 1944, 244-247.

FERGUSON, R.G.- Prophylaxie de la tuberculose chez les infirmières.- Can. M. Ass. J., Janvier 1953, 68, n° 1, 56-58.

HASTINGS, D.R. et BEHN B.G.- La tuberculose chez les infirmières. Etude de l'influence du service des tuberculeux sur le pourcentage de la tuberculose chez les élèves infirmières.- Amer. Rev. Tub., Déc. 1941, 44, n° 6, 681-694 (Bibliogr.).

HECKSCHER H.- Etudes sur la tuberculose des infirmières des hôpitaux municipaux à Copenhague. Avec discussion.- Acta Med. Scand., 1941, Suppl.123, 187-224.

ICKERT F.- Une infirmière enceinte peut-elle être employée dans un service de bacillaires ? Tuberculoearzt, Janv. 1950, 4, n° 1, 50-51.

JENSEN E. - L'importance de la tuberculose pulmonaire chez les infirmières en tant que maladie professionnelle, du point de vue de l'économie, dans le cadre du traitement hospitalier et sanatorial et en tant qu'invalidité partielle.- Tuberculoearzt, Janv. 1956, 10, n° 1, 31-38 (Bibliogr.) (Résumé français).

JENSEN E.- A propos de l'ancienneté dans le service des infirmières tuberculeuses et de l'âge auquel elles ont contracté la maladie. Tuberkuloearzt, Oct. 1956, 10, n° 10, 626-631 (Bibliogr.). (Résumé français).

- JENSEN E.- Contamination du personnel soignant par la tuberculose.- Beitr. Klin. Tub., 1957, 117, n° 1, 53-58, 4 tabl., 2 fig. (Bibliogr.).
- JENSEN E.- Dépistage de la tuberculose parmi le personnel soignant les tuberculeux.- Tuberkulosearzt, Juin 1957, n° 6, 358-364, 3 fig., 6 tabl. (Résumé français).
- KELLER P.- La tuberculose en tant que maladie professionnelle (maladie des donneurs de soins) chez un anatomo-pathologiste.- Mtschr. Unfallh., Déc. 1954, 57, n° 2, 358-364 (Bibliogr.).
- KOCH O.- La tuberculose en tant que maladie professionnelle du médecin et en particulier de l'anatomo-pathologiste.- Tuberkulosearzt, Sept. 1951, n° 9, 498-502, 1 fig. (Bibliogr.).
- KREUSER F.- La tuberculose du personnel soignant dans l'épidémie de l'après-guerre.- Beitr. Klin. Tub., 1951, 106, n° 1, 35-43, 1 fig.-
- LAUGWITZ N. et MINDEN H.- Tuberculose professionnelle chez les ambulanciers.- Zschr. Tub., 1961, 116, n° 5-6, 264-270 (Bibliogr.).
- LIM-YUEN M.- Tuberculose parmi le personnel d'un sanatorium.- Am. Rev. Tub., Sept. 1946, 54, n° 3, 261-271 (Bibliogr.).
- LOUBEURE J. et FARKAS E. (Mlle) - Typho-bacillose et érythème noueux (suivis à brève échéance d'un infiltrat excavé, chez une jeune infirmière déjà allergique).- Rev. Tub., 1947, 11, n° 9-10, 742-745.
- MEHL J.- Prévention et prémunition antituberculeuses appliquées au personnel des hôpitaux.- Stras-

bouq Méd., Juin 1962, 122, n° 6, 509-517.

MIKOL F.X., HORTON R., STADLEY-LINCOLN W. et STOKES A.M.- Incidence de la tuberculose pulmonaire parmi le personnel des hôpitaux pour tuberculeux.- Am. Rev. Tub., Juil. 1952, 66, n° 1, 27 (Bibliogr.) (Résumé français).

POOLE G.- Sensibilité à la tuberculine et tuberculose chez 1779 infirmières.- Brit. J. Tub. Dis. Chest., Juil. 1954, 48, n° 3, 230-237, 5 tabl. (Bibliogr.).

UNHOLTZ K.- Tuberculoses acquises dans les établissements hospitaliers et mesures de prophylaxie indispensables.- Seit. Klin. Tub., 1957, 117, n° 1, 41-53, 5 tabl., 5 fig. (Bibliogr.).

TISSOT F.- Primo-infection chez les auxiliaires hospitaliers. Leur fréquence insolite.- Rev. Tub., Fév.-Mars 1962, 26, n° 2-3, 335-338.

WEIL-HALLE B.- La tuberculose dans un groupe d'élèves-infirmières.- B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 11 Janv. 1940, 55, n° 28, 1383-1386.

X - L'infirmière et la tuberculose en Amérique.- Méd. et Hyg., 15 Fév. 1947, 54.

BIDOU S.- La prévention de la tuberculose pulmonaire parmi le personnel des hôpitaux de Paris.- Archives des Maladies Professionnelles, T. 24, 1963, n° 12, pp. 937-941 - Masson et Cie, édit., 120, Boulevard Saint-Germain, Paris, (6°).

ABRUZZI Jr. W.A. et HUMMEL R.J.- La tuberculose parmi les étudiants en médecine américains.- New England J. Med., 23 Av. 1953, 248, n° 17, 722-729, 4 tabl. (Bibliogr.).

- ALT H.L., BARTH E.E., DAY A.A.- La tuberculose chez les étudiants en médecine.- Amer. Rev. Tub., Sept. 1941, 44, n° 3, 346-356 (Bibliogr.).
- BATES C.E. et DAVEY W.N.- La tuberculose parmi les étudiants en médecine et les élèves infirmières. Am. Rev. Tub., Mars 1951, 63, n° 3, 332-338, 3 fig. (Bibliogr.).
- BRAHDY L.- Tuberculose dans le personnel hospitalier. J. Am. Med. Ass., 13 Janv. 1940, 114, n° 2, 102-106.
- COHEN R., SORS C. et DELANDE Y.- L'avenir des étudiants en médecine tuberculeux.- Presse Méd., Oct. 1947, n° 60, 683-684.
- DAUPHIN R.M.- La prévention de la tuberculose chez les étudiants de l'université, les internes et les élèves infirmières de l'hôpital cantonal à Lausanne.- Praxis, 22 Mars 1951, 40, n° 12, 246-249.
- DELANDE Y.C.- La tuberculose des étudiants en médecine, sa fréquence et son pronostic.- Thèse Paris 21 Av. 1948, n° 237, 55 pages.
- DICKIE H.A.- La tuberculose chez les élèves infirmières et les étudiants en médecine à l'université de Wisconsin.- Ann. Int. Med., Oct. 1950, 33, n° 4, 941-959 (Bibliogr.).
- DIEHL S., BOYNTON E., BEIST-BLACK S., MYERS A.- La prévention de la tuberculose parmi les étudiants en médecine.- J. Am. Med. Ass., 4 Sept. 1948, 138, n° 1, 8-11, 2 fig.-
- DUFOUR-LAMARTINE S.- De la protection des étudiants en médecine contre la tuberculose.- Thèse Paris, 1939, n° 594, 48 pages.

FOURNIE G.- Cent cas de primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les élèves infirmières de l'Université de Toulouse.- Thèse Toulouse, Juin 1948, n° 64, 120 pages.

HAHN R.G., MUSCHEINHEIM C. et FREUND J.- Tuberculose pulmonaire chez les étudiants en médecine et les nurses.- Amer. Rev. Tub., Mai 1941, 43, n° 5, 600-611 (Bibliogr.).

JEANNERET R. et GIES - Fréquence et comportement de la tuberculose chez les étudiants en médecine des universités suisses.- Schweiz. Ztschr. Tub., 1945, T. VII, fasc. 1, 23 pages.

KARNS J.R.- La tuberculose chez les étudiants en médecine à l'Université de Maryland.- Am. Rev. Tub., Juin 1959, 79, n° 6, 746-755, 6 tabl. (Bibliogr.) (Résumé français).

LEES H.O.- La tuberculose chez les étudiants en médecine et les infirmières.- J. Am. Med. Ass., 29 Déc. 1951, 147, n° 18, 1754-1757.

MEADE G.- La prophylaxie des infections tuberculeuses primaires chez les étudiants en médecine. L'autopsie en tant que source d'infection primaire.- Am. Rev. Tub., Déc. 1948, 58, n° 6, 675-683, 2 fig. (Bibliogr.).

MORRIS S.- Tuberculose en tant qu'incident professionnel pendant les études médicales. Incident professionnel. Rapport de détection de cas et observation ultérieure avec un programme effectif de contrôle chez les étudiants en médecine.- Am. Rev. Tub., Août 1946, 54, n° 2, 140-158 (Bibliogr.).

RIST M.E.- Le rendement du contrôle phthisiologique des

externes et internes des hôpitaux de Paris.-
B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1944, n° 8, 9, 10,
87-89.

RIST E.- La tuberculose des étudiants en médecine.-
Schweiz. Zschr. Tub., 1947, 4, n° 2, 94-117.

SHAW A.B.- La tuberculose chez les étudiants en médecine et chez les étudiants en art dentaire.-
Lancet, 30 Août 1952, 263, n° 6731, 400-404.
(Bibliogr.).

TROISIER J., BARIETY M. et NICO P.- Dépistage de la tuberculose chez les étudiants et les infirmières. La morbidité tuberculeuse post-anergique.
Rev. Tub., 1939-1940, 5, n° 8, 888-904.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Livre III, Titre I, articles 214 à 218 et 219 à 224.

JOURNAL OFFICIEL 16 Nov. 1948 - Décret du 9-11-1948
et rectification J.O., 9 Décembre 1948.

JOURNAL OFFICIEL du 4 Mars 1949 - Arrêté du 23 Février 1949.

GAZETTE DU PALAIS 1918-1919, p. 1911 - Loi du 11 Mars 1919.

GAZETTE DU PALAIS 1925 - Loi du 13 Juillet 1925.
